

فرم ارسال نمونه برای آزمایش مقاومت دارویی ضد رتروویروسی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مرکز مشاوره بیماری های رفتاری

علت درخواست تست مقاومت دارویی:

تاریخ:/...../.....

تعیین مقاومت دارویی اولیه در افرادی که تاکنون داروی ضد رتروویروسی دریافت نکرده اند

تعیین مقاومت دارویی در افرادی که دچار شکست ویرولوژیک (بار ویروسی بیش از 1000copies/ml) شده اند، شامل:

✓ حداقل 6 ماه از شروع آخرین رژیم دارویی ضد رتروویروسی فرد گذشته و بیمار پایبندی کامل به درمان داشته است ولی نتیجه بار ویروسی انجام شده بیش از 1000copies/ml بوده است

و یا

✓ حداقل 6 ماه از شروع آخرین رژیم دارویی ضد رتروویروسی فرد گذشته ولی بیمار پایبندی به درمان نداشته ولی پس از مشاوره پایبندی به فاصله 3-1 ماه بعد مجدداً بار ویروسی انجام شده است و نتیجه بار ویروسی انجام شده بیش از 1000copies/ml بوده است

مشخصات بیمار:

1. کد بیمار 2. سال تولد 3. جنسیت: مرد زن 4. کد/کدهای عوامل خطر

5. اولین تاریخ مراجعه به مرکز مشاوره/...../.....

6. تاریخ شروع اولین درمان ضد رتروویروسی/...../..... 7. اولین رژیم دارویی:

8. تاریخ شروع آخرین درمان ضد رتروویروسی/...../..... 9. آخرین رژیم دارویی:

آزمایشات قبلی و بیماری های همراه:

10. تاریخ و نتیجه آخرین بار ویروسی/...../.....copies/ml تاریخ و نتیجه آخرین CD4/...../..... cells/ml

12. ابتلا به سایر بیماریهای همراه: هپاتیت C هپاتیت B سل (در 3 سال گذشته) سایر با ذکر نام

13. آیا تاکنون درمان هپاتیت C دریافت کرده است؟ بلی خیر در صورت پاسخ بلی لطفا تاریخ تقریبی آن ذکر شود

14. آیا قبل از شروع درمان ARV, درمان هپاتیت B دریافت کرده است؟ بلی خیر در صورت پاسخ بلی لطفا تاریخ تقریبی آن ذکر شود

15. آیا تاکنون کوتریموکسازول برای درمان پیشگیری دریافت کرده است؟ بلی خیر

16. آیا در خانواده درجه یک بیمار, فرد دیگری نیز مبتلا به HIV می باشد؟ بلی خیر در صورت پاسخ بلی لطفا نسبت فرد دوم با بیمار ذکر

شود

امضاء و مهر فوکال پوینت مراقبت و درمان	امضاء کارشناس ایدز
--	--------------------